

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 184)

DU
SPHACÈLE DES FIBRO-MYÔMES
DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 11 FÉVRIER 1884, A 3 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Arnold KATZ

de Mulhouse (Haut-Rhin)

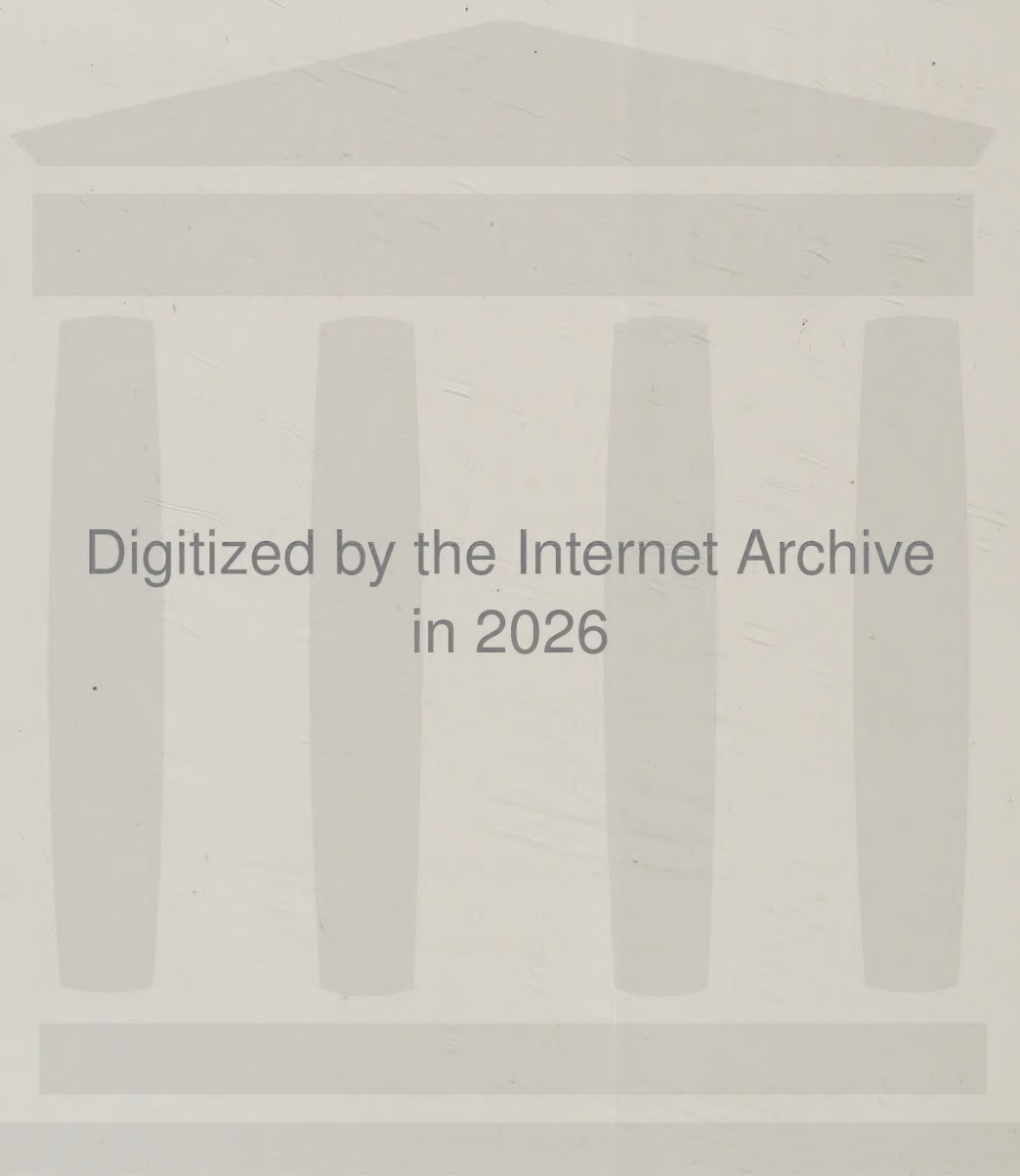
ANCIEN AIDE DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1884



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0034

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 184)

DU
SPHACÈLE DES FIBRO-MYÔMES
DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE LUNDI 11 FÉVRIER 1884, A 3 HEURES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par **Arnold KATZ**

de Mulhouse (Haut-Rhin)

ANCIEN AIDE DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES *.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C *.

Professeurs honoraires : MM. CAILLIOT *, STOLTZ C *, SIMONIN *.

Médecine légale.....	M. TOURDES *, professeur.	
Matière médicale et Thérapeutique	M. COZE *, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT *, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT *, profess.	MM. ROUSSEL * et E. PARI- sot, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE *, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ *, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Clinique externe.....	M. N..., professeur.	
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.	
Histologie.....	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. SPILLMANN.
E. DEMANGE.
A. HERRGOTT.

MM. GARNIER.
WEISS.
KOHMER.

M. BARABAN.
BAGNERIS.
MACÉ.

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. HERRGOTT, *président* ; MM. HEYDENREICH, WEISS et BARABAN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA REGRETTÉE GRAND'MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR BEAUNIS

A MM. LES PROFESSEURS VICTOR PARISOT ET BERNHEIM

A mon Président de thèse,

M. LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MM. WEISS ET A. HERRGOTT, AGRÉGÉS.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY.

AVANT-PROPOS

En commençant ce travail, nous devons dire que notre but est de nous borner exclusivement à l'étude du sphacèle des tumeurs fibreuses de l'utérus ; nous aurons en vue surtout les tumeurs les plus grandes ; ce sont elles, en effet, qui sont le plus exposées aux causes de sphacèle. Cette altération a été observée un grand nombre de fois et depuis un temps déjà éloigné, comme nous le verrons dans l'historique ; mais elle n'a pas été étudiée d'une manière satisfaisante, surtout au point de vue de l'étiologie et du traitement. Certains ouvrages de gynécologie n'en font pas une mention particulière parmi les altérations auxquelles est sujet un fibro-myôme.

Nous commencerons, dans un premier chapitre, par l'historique de la question ; nous ferons, dans le chapitre II, un exposé succinct de son anatomie pathologique ; nous insisterons plus particulièrement sur les causes qui provoquent le sphacèle des fibro-myômes utérins, c'est ce qui sera l'objet du chapitre III ; nous passerons plus rapidement, dans le chapitre IV, sur la symptomatologie, le diagnostic, et le diagnostic différentiel, qui a été surtout bien étudié (1) par le

(1) Etude sur la gangrène des myômes utérins (Thèse de Paris, 1875).

docteur Balade ; le chapitre V sera consacré à la marche clinique et à la terminaison ; puis nous parlerons du pronostic et du traitement dans les chapitres VI et VII, que nous ferons suivre des observations et des conclusions.

C'est l'observation d'une malade opérée par M. le professeur agrégé Weiss, dans son service clinique, qui nous a décidé à choisir cette question comme sujet de thèse inaugurale. Nous nous faisons un plaisir de le remercier ici, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études médicales et pour les bons conseils qu'il nous a donnés.

M. le professeur Herrgott a bien voulu accepter la présidence de cette thèse : qu'il reçoive ici l'expression de notre gratitude. Sa haute compétence dans la question nous a été d'un grand secours.

Nous sommes heureux aussi de pouvoir remercier bien sincèrement M. le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris, qui a eu la bonté de nous envoyer une observation inédite d'un cas semblable tiré de son service de la Maison municipale de Santé de Paris.



CHAPITRE PREMIER

Historique

Il faut remonter à la plus haute antiquité pour trouver les premières observations de tumeurs fibreuses de l'utérus ; mais c'est Levret qui le premier, en 1749, les a bien décrites, dans son remarquable ouvrage sur les polypes. Quant au sphacèle de ces tumeurs, qui seul nous occupe ici, c'est encore à Levret que revient l'honneur de l'avoir observé le premier : « Elles (ces tumeurs) peuvent aussi s'enflammer, s'ulcérer, « se mortifier. Nous allons donner quelques exemples qui « confirmeront que ces tumeurs, qui sont souvent dures et « et comme skirreuses, sont véritablement susceptibles d'in- « flammation et de gangrène (1). » Il parle donc d'une manière très-nette de la gangrène des myômes et cite des observations à l'appui. Mais il ajoute plus loin (page 571 du même ouvrage) : « Les polypes utérins qui sont de nature skirreuse, et il y en « a beaucoup, pouvant par succession de temps devenir can- « céreux....., la ligature du pédicule de ces tumeurs, lors « même qu'elles sont encore renfermées entièrement dans le « vagin, empêchera qu'elles ne dégénèrent en cancer. » On le voit, il admet la dégénérescence cancéreuse de la tumeur fibreuse ; et après lui, bien des chirurgiens, bien des accou-

(1) Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, 1778, tome III, p. 536.

cheurs tombent dans la même erreur ; la transformation du fibro-myôme en cancer est admise. Bayle (1), le premier, nie cette dégénérescence cancéreuse ; mais il faut aller jusqu'à Malgaigne pour voir l'opinion de la transformation en cancer définitivement rejetée. Malgaigne (2), après avoir cité les opinions de Morgagni, de Dupuytren, de Lisfranc, auteurs qui admettaient la dégénérescence cancéreuse de la tumeur fibreuse, parle du travail qui peut naître dans une tumeur de ce genre et dit : « Il nous a paru, d'après la comparaison d'un « grand nombre de faits, que le corps fibreux peut se ramollir « lui-même. La constriction du pédicule au col utérin serait « peut-être la cause de ce phénomène, par la stagnation des « liqueurs qu'elle rend inévitable. »

Il ajoute qu'il n'ose préciser la nature de ce ramollissement. Cruveilhier n'admet pas non plus la dégénérescence cancéreuse. Voici donc une nouvelle période qui s'ouvre, celle où l'on distingue nettement la gangrène d'un fibro-myôme du cancer ; mais l'on n'étudie pas encore la nature de cette altération et ses causes. Parmi les nombreux auteurs qui ont étudié les tumeurs tant comme corps fibreux simples qu'au point de vue de leur obstacle à l'accouchement, il faut venir à ces dernières années pour avoir des observations nettes de sphacèle et pour voir la plupart des gynécologistes placer le sphacèle parmi les autres altérations connues de ces tumeurs.

Ainsi donc, pour nous résumer, avant Levret aucune connaissance précise sur la question qui nous occupe ; depuis Levret, la mortification des fibro-myômes est bien reconnue, mais en même temps leur dégénérescence cancéreuse est

(1) Dict. des sciences méd., 1813, t. VII, p. 84.

(2) Sur les polypes utérins. Thèse d'agrégation, 1835.

admise jusqu'en 1835 à peu près. A cette époque, Malgaigne résume, dans sa thèse d'agrégation sur les polypes utérins, les opinions des chirurgiens éminents de cette époque ; il rejette la dégénérescence cancéreuse, et admet un ramollissement de la tumeur elle-même, mais il n'en connaît pas la nature ; d'où nouvelle période, allant de Malgaigne jusqu'à ces dernières années.

Dans nos recherches bibliographiques, nous avons trouvé bien des cas dans lesquels on décrit l'œdème de ces tumeurs (1) ou leur dégénérescence graisseuse (2) ; beaucoup d'auteurs citent leur transformation purulente ; mais il existe moins d'observations de vraie gangrène où le fibro-myôme est expulsé morceau par morceau, sans qu'il s'écoule une goutte de sang, et avec l'odeur caractéristique que l'on connaît.

Passons en revue maintenant les principales observations, parmi toutes celles que nous avons trouvées, de tumeurs devenues purulentes ; cette purulence, en effet, touche à notre sujet, car il est peu fréquent de voir une gangrène sans pus.

G. Braun (3) vit une tumeur devenue purulente se vider partie par l'orifice utérin, partie par la région inguinale droite.

Hecker (4) vida par une ponction plusieurs chopes de pus de ce qu'il croyait être un kyste de l'ovaire. On vit plus tard, par la section, que c'était un grand fibrôme utérin sous-péritonéal.

(1) Fenerly et Empis, dans Demarquay et Saint-Vel, Paris, 1876, p. 158.

(2) Freund (kl. Beiträge für Gynækologie, III, p. 152). — A. Martin (Beiträge zur Geburtshülfe, etc., Berlin, 1874, III, p. 34).

(3) Zur Behandlung der Uterus fibroide. — Wiener med. Zeitschrift, 1868, n° 100, p. 101.

(4) Klinik der Geburtskunde, II, p. 138.

Dumesnil (1) décrit une transformation purulente spontanée d'un myôme sous-séreux.

Ch. Carter (2) et Chambers (3) observèrent des cas de transformation purulente.

De Tysow observa un cas dans lequel un fibrôme détaché de la paroi postérieure de l'utérus se trouvait en totalité dans le petit bassin ; sa paroi postérieure était putréfiée, le pus gagna la cavité de l'abdomen et engendra une péritonite mortelle. Maisonneuve vit un cas analogue, Huguier également.

Citons plusieurs cas de purulence arrivée à la suite de la calcification de la coque. Pinault (4), Barth (5), Willaume (6) relatent des cas de ce genre. Seyfert-Sæxinger (7) eut l'occasion d'en observer. Ziemssen et Braxton-Hicks virent aussi de grandes tumeurs purulentes.

Nous pourrions ajouter d'autres exemples aux précédents ; mais nous nous en tenons là, pour arriver maintenant aux observations de vrai sphacèle d'une tumeur, ordinairement d'une grande tumeur, de l'utérus. Outre les observations de tumeurs sous-muqueuses, nous citerons quelques faits remarquables de tumeurs sous-péritonéales gangrénées.

Viardin (8) vit l'irruption de masses gangrénées dans l'abdomen suivie d'une péritonite mortelle.

(1) Gaz. des hôp., 1868, p. 6.

(2) London obstetr. transactions, 1872, vol. XIII, p. 167.

(3) » » » 1872, vol. XI, p. 32.

(4) Bulletin de la Société anat., 1828, p. 5.

(5) » » » 1850, p. 365.

(6) Archives générales, XXIV, p. 449.

(7) Prager Vierteljahrschrift, 1868, II, p. 89.

(8) Bulletin de la Société anat. de Paris, 1834, IX. p. 43.

Loir (1) parle d'une masse fongueuse et noirâtre qui, après avoir usé la ligne blanche, sortit à travers la peau gangrénée.

Chiari et Späth (p. 402), M. Clintock (2), Freund (3), Mænnel (4), Baker-Brown (5), Retzius (6), Yæger (7) décrivent des cas de tumeurs pédiculées et gangrénées après leur sortie totale ou partielle du col.

Field (8) et Kristeller (9) observèrent des cas analogues.

Spiegelberg (10) relate un fait de myôme gangréné à la suite duquel une pyohémie mortelle se déclara.

Cockle (11) vit des masses purulentes détachées d'une tumeur gangrénée pénétrer dans l'abdomen par la trompe droite.

Neugebauer (12) cite un cas de fibrome sous-séreux pédiculé, en partie calcifié, qui se gangréna spontanément après s'être accru dans le péritoine. Les masses de tissu mortifié purent être expulsées, morceau par morceau, à travers la plaie de l'abdomen.

Les auteurs suivants font mention, d'une manière plus ou moins étendue, de ce sphacèle des fibro-myômes.

Aran (13) en parle, ainsi que Broca (14).

-
- (1) Mémoires de la Société de chirurgie, 1851, t. II.
 - (2) Dublin Quarterly Journ., febr. 1868, p. 24.
 - (3) Beiträge, etc., III.
 - (4) Prager Viertelj., 1874, II, p. 29.
 - (5) Obstetr. transactions, I, p. 330.
 - (6) Neue Zeitschrift für Geburtskunde, 31.
 - (7) Gaz. méd. de Strasbourg, XII, p. 185.
 - (8) Boston Gynæc. Journ., III, 342.
 - (9) Berliner Klin. Wochenschrift, 1872, n° 35.
 - (10) Archiv für Gynækolog., V, p. 108.
 - (11) Med. Times, 1863, p. 697.
 - (12) Monatschrift für Geburtskunde, 28, p. 401.
 - (13) Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1858.
 - (14) Traité des tumeurs, t. XII, chap. VIII.

Milliot (thèse de Paris, sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus, 1875) ne fait que mentionner la grande tendance de ces tumeurs à l'inflammation. On en trouvera des faits dans Demarquay et Saint-Vel (1).

De Sinéty (2) en fait un paragraphe spécial ; il est un des rares gynécologues qui traitent la question d'une manière particulière.

M. le Dr Balade (3) montre d'abord que ce sphacèle existe ; il appuie surtout sur le diagnostic différentiel avec le cancer de l'utérus, la rétention du placenta, les corps étrangers du vagin et le renversement de l'utérus.

Gaillard Thomas (4), professeur de gynécologie à New-York, nous montre cette gangrène comme la suite fréquente d'une inflammation ou d'un manque de nutrition.

Nous arrivons enfin à l'excellent travail du Dr Gusserow (5) ayant pour titre : « Des néoplasies de l'utérus », dans lequel il étudie d'une façon complète le fibro-myôme utérin ; la gangrène de ce dernier y est étudiée, parmi les autres altérations auxquelles il est soumis. Nous aurons souvent à le citer, dans le cours de cette thèse.

On trouvera dans ce travail plusieurs observations que nous ne croyons pas devoir relater ici. Citons seulement M. Péan (6), sur une observation duquel nous reviendrons plus loin.

(1) Traité clin. des maladies de l'utérus. Paris, 1876.

(2) Manuel prat. de gynéc., 1879.

(3) Thèse de Paris, 1875.

(4) Traité clinique des maladies des femmes, trad. et annoté par le Dr Lutaud, 1879.

(5) Handbuch der allg. u. spec. Chir. von Pitha u. Billroth, IV Band, 4 Lieferung. Neubildungen des Uterus, I Fibromyom des Uterus (Verjauchung), von prof. Dr Gusserow.

(6) Leçons de clin. chir. professées à l'hôp. Saint-Louis, pendant les années 1877-1878. Paris, 1882, p. 690. Obs. XCVI.

Enfin, M le Dr Merner (1) nous montre la terminaison par gangrène des corps fibreux intra-utérins, en insistant surtout sur les dangers de leur extirpation partielle. Nous aurons occasion de dire quelques mots sur cette question.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Herrgott une observation intéressante de fibro-myôme gangréné. Nous la donnons dans le chapitre VII.

(1) Thèse de Paris, 1883. N° 77.



CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Le fibro-myôme utérin est formé par du tissu musculaire, du tissu connectif et des vaisseaux sanguins ; c'est donc une hypertrophie du tissu propre de l'utérus, ou encore, comme l'a fait remarquer Virchow, c'est dans une partie limitée de la matrice ce qui se passe dans sa totalité pendant la grossesse. L'un de ces éléments peut prédominer, d'où les différentes dénominations qu'on a données à ces tumeurs : on les a décrites sous les noms de corps fibreux (Bayle), de fibroïdes (Lebert), d'hystérômes (Broca), de myômes (Levret, Virchow), de fibro-myômes, (Billroth, Gaillard Thomas, etc.) ; c'est cette dernière dénomination qui nous paraît la meilleure, car on sait maintenant que chacune de ces tumeurs contient du tissu fibreux et du tissu musculaire, mais en proportion variable. Quelquefois elles sont très-riches en vaisseaux sanguins, ce sont de vrais tumeurs érectiles ; on les nomme alors tumeurs télangiectasiques (Virchow). On a nié l'existence de vaisseaux sanguins dans les fibro-myômes utérins, on a dit qu'ils se nourrissent par imbibition aux dépens des vaisseaux qui les environnent : « Ces tumeurs, fort peu vasculaires en général, « se nourrissent et s'accroissent presque exclusivement aux « dépens des vaisseaux qui les entourent (Broca, *Traité des tumeurs*, tome II, p. 261). » Il est démontré aujourd'hui, par des recherches et des observations nombreuses, que ces tumeurs ont toutes des vaisseaux sanguins, dont la plupart et les

plus grands surtout sont contenus dans la coque de tissu connectif entourant la tumeur : « Ils sont toujours vascularisés, quoique faiblement d'habitude. (Virchow). » Ajoutons que ces fibro-myômes peuvent être sous-muqueux, sous-séreux ou interstitiels ; nous nous occupons ici tout spécialement des fibro-myômes sous-muqueux.

Ceci posé, supposons qu'une tumeur de ce genre ait provoqué des contractions utérines ; elle sera expulsée de l'utérus, franchira le col et viendra se loger dans le vagin, où elle sera exposée à toutes les causes de sphacèle que nous passerons en revue dans le chapitre suivant. Aussitôt sphacélée, cette tumeur perdra sa couleur rosée et deviendra d'un gris noirâtre. Il s'écoulera du vagin un liquide sanieux, purulent, d'une odeur infecte et caractéristique. Elle perdra sa consistance, deviendra friable, ou se détachera par morceaux.

A l'examen microscopique, on y trouvera tous les éléments de la dégénérescence graisseuse. Les faisceaux de tissu conjonctif seront dissociés et transformés en une masse granulo-graisseuse. On y trouvera aussi, outre les globules de pus, et les globules sanguins altérés, de l'hématine, des cristaux de graisse (Virchow) et des masses rondes de leucine (Waldeyer).

CHAPITRE III

Etiologie.

Nous allons passer en revue toutes les causes qui pourront provoquer le sphacèle d'un fibro-myôme ; nous montrerons d'abord les conditions qui sont capables de hâter l'action de ces causes diverses. Il est un fait d'observation sur lequel nous reviendrons, mais sur lequel nous croyons devoir appeler l'attention dès maintenant : si ces causes engendrant le sphacèle naissent spontanément, ce dernier aura une marche bénigne ; si c'est, au contraire, le chirurgien qui provoque ce sphacèle, celui-ci aura une gravité exceptionnelle.

Rappelons ici, que c'est la coque de tissu connectif entourant la tumeur qui renferme les vaisseaux destinés à la nourrir ; ces derniers sont unis d'une manière intime aux vaisseaux utérins, desquels ils dépendent. Par conséquent, tout ce qui entravera la vitalité de cette membrane d'enveloppe, tout ce qui détruira les rapports entre les vaisseaux de la tumeur et les vaisseaux utérins, provoquera des troubles de nutrition dans le fibro-myôme ; il pourra se gangréner, même dans sa totalité, et être expulsé spontanément. Nous ne parlerons que des fibro-myômes sous-muqueux, nous réservant de dire un mot plus tard des fibro-myômes sous-péritonéaux ; quant aux tumeurs interstitielles, leur énucléation n'est pas un fait rare.

Un fibro-myôme ne se sphacèle ordinairement qu'après sa sortie de l'utérus, quand il a traversé le col, et se trouve dans le vagin en partie ou en totalité : « C'est surtout lorsque les

« fibroïdes ont franchi le col de l'utérus, qu'ils deviennent
« sujets à des altérations nombreuses, soumis qu'ils sont à
« des sécrétions variées, à des contacts multipliés, à des
« agressions diverses ; l'inflammation avec ses divers résul-
« tats, la suppuration et la gangrène sont toujours à crain-
« dre... » C'est ainsi que s'exprime Aran (1). En effet, dans le
vagin, la tumeur exposée à tous ces agents, augmente de vo-
lume, elle peut s'enflammer ; et devenue trop grande pour
l'espace qui la contient, elle sera comprimée de tous côtés. La
constipation, ordinaire aux femmes en cet état, ajoutera à
cette compression, par l'accumulation des matières fécales
dans le rectum. Peut-être l'habitude qu'ont certaines femmes
de retenir leurs urines, a-t-elle aussi une faible action. Vienne
alors une cause capable de sphacéler le fibro-myôme, elle trou-
vera une tumeur qui, par sa position même, sera bien disposée
à la gangrène.

Passons maintenant en revue les agents capables d'amener
le sphacèle.

L'inflammation est une cause de sphacèle des fibro-myômes.
« La tumeur, dit Simpson (2), s'enflamme quelquefois, s'es-
« charifie, et les tissus utérins intermédiaires s'ulcérant, elle
« est enfin éliminée des voies génitales en masses plus ou
« moins considérables. J'ai vu plusieurs exemples dans les-
« quels la nature réduisit ainsi et expulsa heureusement, par
« l'ulcération et la gangrène, de grosses portions de tumeurs
« fibroïdes intra-pariétales. » Cette inflammation peut éclater
spontanément, ou être le résultat d'un traumatisme. Elle pré-

(1) Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.
— Paris 1858, page 834.

(2) Clinique obstétr. et gynécologique, par Simpson ; trad. par Chan-
treuil. — 1874, in-8, p. 675.

cède et occasionne la nécrose ; à la limite de cette dernière, existe une zone inflammatoire qui peut se transformer en pus. Certains auteurs nient l'inflammation de la tumeur elle-même ; ils disent que le sphacèle du fibro-myôme est occasionné par une périmétrite, par un état catarrhal de la muqueuse utérine. Le docteur Chérier (1) soutient cette opinion. Cruveilhier dit : « Dans l'immense majorité des cas, c'est la
« couche de tissu utérin dont est entouré le corps fibreux,
« qui suppure ; celui-ci, privé alors de ses moyens de nutri-
« tion, tombe en gangrène. » Malgré la grande autorité de Cruveilhier, nous nous permettrons de trouver cette opinion un peu trop exclusive ; en effet, pendant tout le temps que la tumeur reste enfermée dans l'utérus, elle ne se gangrène pas, du moins pas sous l'influence de la cause dont nous parlons ; quand elle se gangrène partiellement, la partie intra-utérine reste ordinairement saine, et c'est par le vagin que le sphacèle commence. La partie de la tumeur enfermée dans l'utérus est atteinte en dernier lieu. Dans certains cas, il est assez difficile de dire si l'inflammation de l'utérus, quelquefois la périmé- trite suppurée, comme dans l'observation de M. le docteur Schwartz, sont la cause de l'inflammation et de la nécrose de ces tumeurs, ou seulement leur conséquence. Gusserow (2) doute qu'un état catarrhal de la muqueuse utérine puisse être une cause de gangrène. Mais il ajoute que l'inflammation des tu- meurs fibreuses intactes est rare ; ce que l'on trouve décrit dans les auteurs serait une hyperémie active, ou une inflam- mation oedémateuse, survenant ordinairement au moment de la menstruation, et provoquant des douleurs sans fièvre. Il dit aussi qu'on a dû confondre avec l'inflammation de la tu-

(1) Sur les fibro-myômes du col. — Thèse, Paris, 1880).

(2) Loc. cit.

meur elle-même, cette inflammation avec terminaison purulente existant tout autour d'un fibro-myôme, dans le tissu connectif de sa capsule.

Une ulcération, en provoquant l'inflammation et ses suites, peut engendrer la gangrène. Cette ulcération peut se faire spontanément dans le vagin ; et alors, comme tout à l'heure, les liquides sécrétés, âcres, pourront faire naître une inflammation. Elle peut même se faire dans la partie de tumeur resserrée entre les lèvres du col. Là, outre les accidents dont nous parlerons tout à l'heure, on voit très-souvent survenir des troubles de circulation dans la muqueuse ; de là à une ulcération, il n'y a qu'un pas. Cette ulcération reste souvent sans conséquence, jusqu'à ce qu'une circonstance quelconque, peut-être une impulsion du dehors, lui donne une activité de mauvaise nature et conduise la tumeur à la dégénérescence gangréneuse. Cette ulcération peut être bien souvent dûe l'intervention du chirurgien et arriver après un toucher, après l'application d'un tampon, après un sondage, une injection, ou une opération tentée sur la tumeur. Nous verrons, en parlant de la terminaison, combien elle est différente selon que cette ulcération sera arrivée spontanément, ou produite par le chirurgien. Dans une séance de la Société anatomique (1) très-intéressante à ce point de vue, M. Verneuil parle d'un cas de polype utérin de son service. Il pratique seul le toucher, le 22 avril ; le lendemain, le 23 avril, la malade est prise de péritonite et succombe le 24. On trouve un litre de pus dans le péritoine. A ce propos, le savant professeur fait la réflexion que « l'exploration par le toucher vaginal simple peut être dangereuse. » Puis il cite un cas de péritonite avec guérison, et deux cas suivis de mort après le *simple toucher*

(1) Bulletin de la Soc. anat. — 1872, avril.

vaginal. Il ajoute : « Dans les deux cas suivis de mort, les polypes étaient ulcérés. » Il se demande si le toucher, qui paraît dangereux dans certains cas, doit être rendu responsable des accidents signalés, et répond par la négative. Il dit cependant que ces accidents peuvent s'expliquer par une érosion faite dans le toucher, si réservé qu'il soit, puis absorption des produits septiques par une surface ulcérée. Une érosion semblable aurait pu provoquer la gangrène, et une gangrène fatale à la malade.

La calcification des fibro-myômes, une autre altération de ces tumeurs, suite ordinaire de l'athérôme des vaisseaux nourriciers, précède et provoque souvent leur sphacèle. Quand la coque se crétifie en totalité, la tumeur se sphacèle complètement ; en effet, alors elle est isolée, séparée de sa membrane d'enveloppe et de l'utérus ; elle meurt par défaut de nourriture. On a aussi, par la calcification, de fréquents exemples de gangrène partielle ; car la calcification suit d'ordinaire le tissu connectif et, en emprisonnant les éléments musculaires, détermine leur gangrène rapide. C'est peut-être la seule manière d'expliquer la gangrène des tumeurs encore contenues dans l'utérus et des tumeurs sous-séreuses.

Quand un fibro-myôme est resserré lui-même, ou par son pédicule, quand il en a un, entre les lèvres du col, il arrive à la purulence et au sphacèle. C'est le résultat auquel on arrive, d'une manière analogue, dans le traitement par la ligature d'une tumeur pédiculée. Après que la tumeur a traversé le col utérin, ce dernier est assez souvent serré contre elle, ou contre son pédicule ; le retour du sang diminue dans la tumeur, elle devient œdémateuse, présente des extravasations sanguines, et la nécrose commence. C'est ce qui a pu arriver dans le cas de M. le docteur Schwartz. M. Péan relate

une observation (1) qui est un exemple de ce que nous venons de dire. C'est l'histoire d'un fibro-myôme qui se gangréna après s'être engagé dans le col utérin ; « l'accollement entre les parois de la cavité du col et la surface du pédicule de la tumeur est si étroit, qu'il est impossible d'introduire même le cathéter utérin entre les deux surfaces. » Les lèvres du col sont libres, et il suffit du doigt pour extirper ce polype sphacélé. Ici donc la constriction, en arrêtant la circulation dans les vaisseaux nourriciers, suffit pour causer le sphacèle.

Pour Cruveilhier, la thrombose des veines voisines serait une cause fréquente de gangrène des fibro-myômes. C'est ce qui a pu arriver dans notre observation. Gusserow dit que la gangrène lui semble être plutôt la conséquence de la putréfaction, que sa cause.

Une hémorrhagie peut survenir à la suite de coups ou de chute ; le sang peut être retenu dans un cul de sac du vagin, et là il peut s'altérer sous l'influence des liquides du vagin ; d'où purulence et gangrène des parties voisines. Cela s'est peut-être passé ainsi, dans notre observation I. Là, en effet, nous sommes en présence d'une grande tumeur à large pédicule implanté sur la lèvre postérieure du col. Cette femme nous est arrivée de chez elle avec une tumeur sphacélée ; donc pas d'intervention du chirurgien que nous sachions. Cette tumeur était bien sanguine, puisqu'à un moment les ciseaux arrivés à une partie saine provoquaient une hémorrhagie ; en outre, dans le cours de l'opération, il s'est écoulé une masse de pus, venant du cul de sac postérieur. Il faut ajouter à tout cela la compression exercée sur la tumeur par les parois du vagin et par les organes voisins, le rectum distendu entre autres, et l'on pourra s'expliquer le sphacèle arrivé

(1) Loc cit.

dans ce cas. Ajoutons encore qu'une infiltration de pus séparant la coque de la tumeur ou l'œdème de cette même coque peuvent provoquer le sphacèle.

Les fibro-myômes sous-séreux deviennent moins souvent purulents, se sphacèlent moins souvent que les autres ; et ici, quand leur purulence et leur gangrène ne sont pas déterminées par l'accouchement, il faut les attribuer à une calcification (cas de Neugebauer) (1).

Ainsi donc l'inflammation, une ulcération, la calcification, la constriction dans le col, la thrombose des veines, une hémorrhagie, et, pour être complet, une infiltration purulente entre la coque et la tumeur, enfin l'œdème de la coque, telles sont les causes de sphacèle des fibro-myômes utérins.

Il faut bien distinguer, comme nous le verrons encore, le sphacèle spontané du sphacèle provoqué.

(1) Loc. cit.



CHAPITRE IV

Symptômes et Diagnostic.

Un fibro-myôme sphacélé, surtout au début, pourra présenter les symptômes d'une tumeur saine ; ménorrhagie abondante, métrorrhagie, irritabilité de la vessie et du rectum, douleur de la région pelvienne, ténesme utérin, leucorrhée profuse, dysménorrhée, douleur le long des nerfs et des vaisseaux comprimés sont des phénomènes que l'on constatera.

Dès que la gangrène aura envahi la tumeur, celle-ci semblera avoir diminué de volume à la palpation ; en effet, elle est descendue dans le vagin. On la sentira alors au toucher, bien libre ; on la distinguera du col et des parois du vagin avec lesquels, contrairement au cancer, elle n'a que des rapports de contact ; elle sera friable ou dure, et on pourra en détacher des morceaux ; le doigt retiré du vagin aura une odeur infecte, caractéristique, dont on aura de la peine à se débarrasser. Il s'écoule continuellement par le vagin un liquide sanieux, d'abord mélangé de sang, puis noirâtre, à odeur extrêmement fétide. Ce liquide provoque l'œdème des grandes lèvres. Les ganglions des diverses régions restent sains.

La maigreur de la malade devient extrême, le visage est pâle et décoloré, l'anémie augmente. Les douleurs sont vives, aiguës, insupportables, exagérées par le toucher vaginal, irradiées aux lombes, à l'hypogastre et à la racine des cuisses. On observe aussi une anorexie souvent complète et la perte du sommeil.

Si l'état général dont nous venons de parler s'altère rapidement, si en outre il y a une fièvre intense, une température dépassant 40°, s'il y a des frissons répétés, des sueurs profuses, des vomissements, si la douleur augmente encore d'intensité, il faut se tenir sur ses gardes : la septicémie est là, qui menace la vie de la malade ; il y a résorption de pus. La constipation fait souvent place à la diarrhée, qui affaiblit encore la malade ; on peut observer des phlébites aux membres inférieurs, ainsi que leur œdème.

Diagnostic. — Les symptômes précédents, la marche de l'affection, l'âge de la malade et au besoin l'examen microscopique de morceaux expulsés, éclaireront le diagnostic, qui, dans la plupart des cas, sera facile.

Cependant le diagnostic n'est pas toujours aussi simple ; il est bien des cas où l'on a confondu ce sphacèle avec une tumeur maligne ; on sait que pendant longtemps on l'a pris pour un cancer utérin, et aujourd'hui encore les plus grands chirurgiens hésitent quelquefois à porter un diagnostic entre ces deux affections. L'anémie qui existe chez une malade qui a un fibro-myôme gangréné, est souvent si profonde, qu'on peut la confondre avec la cachexie cancéreuse : « Il ne faudrait
« pourtant pas exagérer : quelque remarquable que soit la
« couleur jaune paille des cancéreux, elle n'est pathogno-
« nique qu'à la condition d'être à son maximum. Dans ses
« nuances les moins prononcées, qui sont, il faut le dire, les
« plus ordinaires, elle peut se confondre, surtout chez les gens
« âgés, avec la teinte de l'anémie (Maurice Raynaud (1). »

L'âge de la malade aidera au diagnostic, la tumeur fibreuse pouvant arriver chez de jeunes personnes, tandis que le cancer apparaît rarement avant quarante ans. L'odeur bien caracté-

(1) Dict. de méd. et de chirurgie prat. Article : *Cachexie*.

ristique d'une tumeur sphacélée sera bien distinguée de l'odeur spéciale au cancer ; il faut les avoir senties toutes deux, et on les différenciera aisément. De plus, on se rappellera que le cancer envahit petit à petit les tissus voisins et se les approprie, tandis que la tumeur reste libre. Le docteur Balade (1) insiste tout particulièrement sur ces faits. Il établit, en outre, le diagnostic différentiel avec la rétention du placenta, qui pour Depaul aurait aussi une odeur particulière, avec les corps étrangers du vagin et l'inversion utérine qui, dit-il, peuvent être confondus avec un fibro-myôme gangréné.

(1) Loc. cit.



CHAPITRE V

Marche et Terminaison.

La marche des fibro-myômes sphacelés, ordinairement rapide, peut être lente. Baker-Brown (1) vit une tumeur sphacélée pendant deux ans ; il y eut guérison. La durée de la gangrène dépend du volume de la tumeur, et par conséquent de la durée de la putréfaction. Écoutons Gusserow (2) : « La marche et « la terminaison sont différentes dans les deux cas suivants : « ou bien le pus infiltre les tissus, les dissocie et les conduit « souvent à une expulsion rapide de la tumeur ; ou bien la « putréfaction de cette dernière survient, et demande un temps « proportionnel au volume du myôme. De plus, cette putré- « faction est accompagnée du grand danger de l'infection « purulente, et conduit dans bien des cas à la mort. » La marche plus ou moins rapide dépendra donc de la facilité avec laquelle sont expulsées les masses gangrénées ; cela a son importance, au point de vue du traitement. Il faut distinguer aussi, au point de vue la marche et de la terminaison, les cas de gangrène provoqués par le chirurgien, de ceux survenus spontanément. Les premiers ont une marche rapide et une terminaison fatale ; les seconds, au contraire, sont rarement suivis de mort ; quand elle survient, c'est ordinairement par péritonite. Dans la gangrène provoquée, en effet, la tumeur enflammée, suppurant, détermine une inflammation de la

(1) Loc. cit.

(2) Loc. cit.

muqueuse utérine, qui est alors très propre à l'absorption des principes septiques ; dans ce cas, elle est restée en connexion intime avec l'utérus, et alors le passage du pus dans le sang est très-facile. Ici, en effet, la tumeur n'a pas besoin, pour s'enflammer et se gangréner, qu'elle soit séparée de sa coque et des vaisseaux utérins : une action du chirurgien suffit pour cela. Une observation intéressante, au point de vue de la marche rapide et de la terminaison fatale par absorption de produits septiques, est celle de M. Giraudeau (1). Il s'agit d'un corps fibreux utérin, en partie *calcifié* ; il présentait de vastes sinus tortueux, remplis d'une matière sanieuse, brunâtre ; les veines utérines contenaient un sang noirâtre, poisseux, et en un point communiquaient directement avec un des sinus, d'où altération septique du sang. Une septicémie foudroyante, avec gangrène des quatre membres (larges plaques gangréneuses), enleva la malade en moins de 24 heures. On voit quels sont les résultats funestes de cette connexion persistante entre les vaisseaux de l'utérus et ceux de la tumeur dans les cas de gangrène. Tout autres seront la marche et la terminaison, quand le sphacèle est arrivé spontanément ; alors, ordinairement la tumeur se gangrène par défaut de nourriture, calcification de la coque, etc., et cette dernière peut alors former une véritable barrière à l'envahissement de l'économie par le pus. Ajoutons que, dans le cas de sphacèle survenu à la suite d'une ulcération, la différence de gravité existant entre les cas où elle a été spontanée et ceux où elle a été provoquée, est un fait d'observation.

Le docteur Merner (2) étudie la gangrène survenant dans un corps fibreux intra-utérin à la suite d'une opération d'ex-

(1) Progrès médical, du 17 mars 1883.

(2) Loc. cit.

tirpation partielle ; il montre cette extirpation, quand elle n'est pas suivie d'une opération plus complète, être la source de grands dangers. Nous ne ferons qu'énumérer les observations qu'il cite pour montrer que la gangrène suite d'un essai opératoire est ordinairement suivie de mort. Il rapporte une observation de ce genre recueillie par M. Martin, interne des hôpitaux, dans le service de M. Gosselin (1) ; une autre rapportée par Broca (2) ; une observation recueillie par M. Labat, interne des hôpitaux, dans le service de M. Le Dentu (3) ; et enfin un cas de polype devenu purulent, recueilli dans le service de M. Richet, par M. Heydenreich, interne des hôpitaux (4). Il existe cependant bien des observations d'expulsion partielle de ces tumeurs suivie de guérison. C'est ce que nous montre M. Hyde, interne du service de M. Demarquay. Il nous parle d'une tumeur fibreuse éliminée spontanément. Au moment où la malade entra à l'hôpital, la tumeur avait déjà franchi en partie l'orifice vulvaire et pendait entre les jambes. Au bout de quelques jours, elle se détacha spontanément ; et le surlendemain, une nouvelle portion sphacélée s'élimina à son tour ; la malade guérit.

Dans la gangrène spontanée, même si l'on observe des symptômes septicémiques, l'issue peut encore être heureuse ; c'est là notre cas. Cette issue dépendra alors beaucoup de l'énergie du traitement antiseptique appliqué et de la rapidité avec laquelle on aidera ces masses putréfiées à s'éliminer. Ziemssen (5) observa un cas de guérison d'une tumeur gan-

(1) Bulletin de la Soc. an., 1863, p. 182.

(2) Traité des tumeurs, tome II, p. 273, 274.

(3) Bulletin de la Soc. anat., novembre 1879.

(4) Bulletin de la Soc. anat., 1874, p. 769.

(5) Loc. cit.

grénée dépassant l'ombilic. Braun et Chiari et Spæth (1) donnent deux cas de guérison dans lesquels les masses corrompues furent expulsées au milieu d'atroces souffrances. Spiegelberg (2) vit, à la suite d'un fibro-myôme gangréné, une pyohémie mortelle se déclarer, et là l'auteur met en doute la spontanéité. Qu'on nous permette de placer ici un extrait d'une discussion à la Société anatomique à propos de deux cas de tumeur fibreuse, et d'un cas de polype du service de M. Labbé, suivis de péritonite mortelle.

M. VOISIN : « Les tumeurs fibreuses peuvent provoquer de graves accidents. Elles se gangrènent quelquefois dans le corps de l'utérus et donnent naissance à des accidents d'intoxication, qui peuvent se prolonger pendant plusieurs années. M. Nélaton m'a communiqué un fait dans lequel Récamier, à l'aide de la curette, énucléa un corps fibreux gangréné et guérit une dame que tous les chirurgiens regardaient comme affectée d'un cancer de l'utérus. Cette dame a aujourd'hui 78 ans. Depuis lors, M. Nélaton a vu un fait semblable dans sa pratique. »

M. CHASSAIGNAC : « L'élimination par parties successives d'une tumeur fibreuse n'est pas un fait exceptionnel (3). »

Nous n'insisterons plus sur ce point, qui nous semble suffisamment démontré.

Gangrène suite d'intervention chirurgicale : gravité extrême, ordinairement septicémie et mort.

Gangrène spontanée : peu de gravité, marche souvent lente, septicémie peu ordinaire, quand elle existe, guérison habituelle.

(1) Loc. cit.

(2) Loc. cit.

(3) Bulletin de la Société anatomique de Paris ; février 1865.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Tout ce que nous avons dit à propos de la marche et de la terminaison s'applique au pronostic. Si la gangrène d'un fibro-myôme est survenue spontanément, le pronostic est favorable ; c'est le contraire, quand elle a été provoquée. Moins il y aura de temps que la gangrène se sera déclarée et plus la tumeur sera petite, plus favorable aussi sera le pronostic. Ici encore, nous nous appuierons sur l'autorité de Gusserow, qui a étudié ce sphacèle d'une façon spéciale : « La putréfaction du fibro-myôme utérin arriva bien souvent à la suite d'« sais opératoires, soit en vue du diagnostic, soit pour arrêter
« les hémorrhagies, soit en vue de l'extirpation de la tumeur.
« Les altérations que subit dans ces cas la muqueuse de
« recouvrement, troublent souvent la nutrition de la tumeur,
« au point qu'elle se gangrène. Plus il survient alors d'autres
« altérations, ou plus la tumeur a de connexions intimes avec
« l'utérus, plus est grand le danger de la septicémie et de la
« pyohémie. Dans tous les cas, les malades chez lesquels la
« putréfaction est arrivée de cette manière, succombent en
« bien plus grand nombre que ceux chez lesquels la gangrène
« est spontanée. Il n'est pas besoin de dire que, ici aussi, la
« durée de la putréfaction et, par conséquent, le volume de la
« tumeur ont une action certaine. »

Un peu plus loin, nous trouvons : “ Dans la putréfaction
“ spontanée, il y a espoir de guérison; dans l’autre, on perd
“ presque tous les malades (1). ” De Sinéty nous dit également : “ La dégénérescence gangréneuse est plus grave, quand
“ elle est consécutive à une exploration, que quand elle se
produit spontanément ” (2).

(1) Loc. cit.

(2) Loc. cit.



CHAPITRE VII

Traitement.

Outre le traitement palliatif tendant à agir sur les déplacements de l'utérus, à modifier la pression exercée sur les organes voisins, à arrêter la métrorrhagie ; outre le traitement curatif (eaux de Kreuznach, eaux de Jastrzember au moyen desquelles Freund vit se ramollir et être expulsée sans putréfaction, chez deux malades, une tumeur fibreuse de l'utérus) (1) ; outre l'ergot de seigle (Hildebrandt de Königsberg), il y a le traitement chirurgical, qui comprend plusieurs procédés. L'incision, l'excision, l'écrasement, la ligature, l'avulsion, le galvano-cautère, l'électrolyse, l'énucléation, l'hystérotomie même, sont des procédés qui divisent les chirurgiens. Nous n'avons pas à en parler ici, cette vaste et importante question sortant de notre sujet. Qu'on nous permette cependant de dire quelques mots de l'extirpation partielle, du morcellement des fibro-myômes non altérés. M. Péan, partisan de la méthode du morcellement des tumeurs, en a fait une communication à l'Académie de médecine, en mars 1881 ; il s'exprime ainsi :
« Cette méthode est surtout indiquée pour celles (les tumeurs)
« qui sont volumineuses, difficiles à poursuivre par dissection
« à la périphérie ; pour celles qui sont en rapport avec des
« organes délicats, qu'il faut ménager ; pour celles dont les
« vaisseaux peu développés au centre, le sont au contraire

(1) Klinische Beiträge, etc., III, 1865, page 142.

« tellement à la surface, que l'hémostase serait difficile au
« cours de l'opération ; pour celles qui sont logées dans des
« cavités anfractueuses, et qui ne pourraient être attaquées
« par un autre procédé sans exposer à des délabrements inu-
« tiles ; pour celles qui, profondément situées, sont masquées
« par des organes importants du côté de leur implantation
« (1). » Ceci, évidemment, s'applique aux grands fibro-myômes
utérins, à large pédicule, ou même n'en n'ayant pas.

Nous pensons avoir bien montré comment les tumeur fibreuses de l'utérus se gangrènent facilement sous la moindre action du chirurgien, et comment cette gangrène provoquée est souvent fatale à la malade. Aussi croyons-nous pouvoir avancer que, lorsqu'on a affaire à un de ces grands fibro-myômes sains, à large pédicule ou non pédiculés, il vaut mieux s'abstenir, quand cela est possible, que de tenter une opération partielle, qui ne serait pas suivie d'une opération plus complète dans le plus bref délai, ou qui ne serait pas destinée simplement à se faire du jour pour l'achever. Citons ici les conclusions du docteur Merner, dans sa thèse inaugurale sur les dangers de l'extirpation partielle des corps fibreux intra-utérins (2).

1° Les corps fibreux, étant de leur nature peu vasculaires, présentent une tendance marquée au sphacèle, et cela, soit spontanément, soit à la suite de contractions utérines, ou irritations même légères.

2° Le sphacèle des corps fibreux intra-utérins doit être considéré comme une complication redoutable, entraînant presque toujours la mort de la malade par septicémie ; de plus, on doit observer que, malgré toutes les précautions

(1) Leçons de clin. chir., 1877-1878, tome III, Paris, 1882, page 909.

(2) Loc. cit.

antiseptiques les plus minutieuses, dans bien des cas on n'a pu empêcher la terminaison fatale.

3° En conséquence, toutes les opérations qui auront pour résultat de laisser après elles une portion du corps fibreux dans l'utérus, sont des opérations mauvaises en principe, qui ne doivent être pratiquées que lorsque les autres méthodes auront été reconnues impossibles.

Ajoutons que cette complication, dont parle M. Merner, est peu redoutable, quand elle survient spontanément; dans l'autre condition, elle l'est bien plus. Tout en partageant cette manière de voir sur le morcellement de ces tumeurs, nous pensons au contraire que la septicémie peut être combattue avec efficacité, quand elle l'est énergiquement dès le début, par des injections antiseptiques fréquemment répétées, et par le traitement que nous exposerons plus loin, en parlant du traitement des tumeurs déjà gangrénées. Dans l'observation citée plus haut, présentée par M. Labat, M. Le Dentu, dit qu'il est possible de conjurer les accidents dans des cas analogues, en attaquant directement le foyer gangréneux par des injections utérines antiseptiques. Il est certain que si la malade arrive au chirurgien, comme c'était le cas pour M. Schwartz et M. Le Dentu, avec une infection purulente déjà avancée, ou avec une péritonite purulente avec ovarite, périmétrite suppurée, transport du pus par les trompes, et, ce qui arrive en pareille circonstance, si les phénomènes sont déjà avancés à ce point, les injections antiseptiques sur le foyer gangréneux n'auront plus qu'une action douteuse. C'est ce qui arrive malheureusement assez souvent. Certains auteurs, tels que M. Tillaux, Courty (1), se déclarent les adversaires du morcellement; d'autres en sont les partisans dans certains cas de grandes tu-

(1) Traité des maladies des femmes, page 1121.

meurs à large pédicule ou non pédiculées, où il est bien difficile de faire autrement : tels sont MM. Guyon, Guéniot, Polaillon, Péan, Bronkillo (1), Marion Sims et d'autres encore, qui citent d'heureux résultats après le morcellement de ces tumeurs. Emmet (2) est plus affirmatif encore ; il résèque tout ce qui fait saillie, et réserve la portion restante à des opérations ultérieures. Si nous nous sommes étendu assez longuement sur cette question du morcellement des grands fibro-myômes sains, c'est que, sans être le sujet de notre travail, elle y touche de très près par ses conséquences. Le chirurgien devra se tenir sur ses gardes après une extirpation partielle ; il devra craindre la gangrène et la septicémie. Peut-être ferait-on bien, aussitôt après le morcellement d'une tumeur de ce genre, de faire des injections antiseptiques, et cela sans attendre des accidents d'infection purulente.

Quand on est en présence d'un vaste fibro-myôme sphacélé, avec écoulement très-fétide, et si la malade présente déjà des symptômes de pyohémie, que faut-il faire ? Faut-il tenter une opération complète, ou seulement enlever la partie gangrénée ? M. Balade (3) propose l'excision. Ce moyen n'est praticable que dans les petites tumeurs. Dans les fibro-myômes vastes, il ne faut pas tenter d'opération radicale ; il vaut mieux réséquer tout ce qui est gangréné, en s'arrêtant dès qu'il s'écoule du sang ; et le meilleur moyen consiste à se servir de ciseaux pour opérer ce morcellement. De la sorte, on enlèvera les parties gangrénées, surtout on laissera écouler le pus qui pourra avoir été retenu ; et on se fera de la place pour faire les injec-

(1) De l'extirpation partielle des polypes utérins à large pédicule.
— Thèse de Paris, 1881.
(2) Gaz. hebd., 1878.
(3) Loc. cit.

tions antiseptiques, qui sont suivies presque toujours, quand on est en présence d'une pyohémie commençante, d'un résultat favorable. « Avant d'opérer, dans les cas de polype ulcéré, il est prudent de faire des injections détersives (Verneuil) (1). » Avant d'aller plus loin, disons de suite que, dans n'importe quel cas de fibro-myôme sphacélé, l'hystérotomie est formellement contre-indiquée ; les risques d'une septicémie foudroyante seraient, en effet, très-grands. Quant aux injections antiseptiques, il faut les répéter très-souvent, toutes les deux heures au moins, et les faire dans le vagin afin d'en nettoyer les culs-de-sac, et autant que possible dans l'utérus ; on devra employer de l'eau tiède, afin d'éviter de resserrer le col et risquer ainsi la rétention du pus dans l'utérus, ce qui pourrait arriver avec de l'eau froide.

Quel liquide emploiera-t-on ? M. Schwartz a donné alternativement des injections boriquées 1/50 ou d'une solution de permanganate de potasse 1/1000. M. Balade préconise aussi le permanganate de potasse en solution étendue. M. Weiss a employé, dans notre cas, une solution de chloral 1/100, qui a donné d'excellents résultats. On pourra employer aussi une solution de sublimé 1/1000 (liqueur de Van Swieten), qui, dans ces derniers temps, a donné les plus beaux résultats en Allemagne, ainsi qu'à M. le professeur Herrgott à la clinique obstétricale de la Faculté de Nancy. C'est à ces deux dernières solutions qu'on devra s'adresser de préférence (2).

En joignant à cela un traitement interne destiné à relever les forces d'une malade si épuisée, à combattre l'anémie, les douleurs et la fièvre, surtout si la septicémie ne fait que commencer, on verra le plus souvent ces efforts couronnés de succès.

(1) Bulletin de la Soc. anat., avril 1872, page 191.

(2) Voir la note complémentaire, p. 45.

CHAPITRE VIII

Observation I (Personnelle).

Fibro-myôme sphacélé et purulent, phénomènes septicémiques,
morcellement de la tumeur. Guérison.

La nommée F... A..., âgée de 41 ans, ancienne domestique, célibataire et sans enfant, arrive à l'hôpital St-Léon le 4 octobre 1883, pour une tumeur de l'abdomen dont elle souffre depuis trois ans.

Elle a eu la fièvre typhoïde à 21 ans. Réglée à 14 ans pour la première fois, elle l'est depuis régulièrement; seulement depuis le début de sa maladie, les règles durent plus longtemps et sont pénibles. Les premiers accidents qu'elle a éprouvés remontent au mois de septembre 1879; elle a eu alors une phlébite de la jambe gauche, qui dura trois semaines. En janvier 1880, survint un œdème des membres inférieurs; à cette époque aussi commença un écoulement blanc qui persista accompagné de douleurs à la région lombaire. Le ventre avait augmenté de volume; on diagnostiqua alors l'existence d'une tumeur fibreuse de l'utérus.

Depuis huit jours, la malade souffre de maux de ventre très violents, qui l'empêchent de se tenir debout; elle a des vomissements abondants, et elle a perdu l'appétit et le sommeil. Les douleurs s'étant aggravées, la fièvre et les frissons étant survenus, elle se décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate que cette femme est en train d'accoucher, depuis huit jours, d'une tumeur utérine de la grosseur de la tête d'un fœtus environ. Une partie de la tumeur a déjà franchi le col et remplit le vagin. Il s'écoule par le vagin un liquide brunâtre, à odeur nauséabonde, provenant du commencement de mortification de la tumeur.

Le lendemain, on voit une petite portion de tumeur se pré-

senter à la vulve. M. Weiss décide d'opérer la malade par la méthode du morcellement. On endort la malade, et il résèque la portion de tumeur dépassant la vulve. Puis il cherche à enlever le plus possible de tumeur engagée dans le vagin, afin de laisser un écoulement libre au pus qu'il suppose exister dans le cul de sac postérieur et dans l'utérus. Ne sachant où s'arrête le sphacèle, il se sert d'abord de la chaîne d'écraseur ; puis, voyant l'absence d'hémorrhagie, il emploie des ciseaux, ce qui lui permet d'abréger la tumeur à peu de distance du col utérin. Il a fallu, pour arriver à ce résultat, fragmenter le néoplasme en cinq ou six portions, grosses chacune à peu près comme un œuf de poule. Il s'écoule une quantité notable de pus du cul de sac postérieur, ainsi que de l'utérus. En pratiquant le toucher, on constate que la tumeur n'est pas pédiculée, qu'elle prend insertion sur la lèvre postérieure du col et se continue dans l'utérus ; on sent la lèvre antérieure libre, et l'on peut introduire une sonde dans la matrice et pratiquer des injections utérines et vaginales antiseptiques avec une solution de chloral 1/100.

Le soir de l'opération, la température atteint 39°,4 ; injection hypodermique de morphine.

Les jours suivants, pendant la journée on fait, toutes les deux heures, des lavages du cul de sac postérieur du vagin, avec une solution de chloral 1/100. L'écoulement du liquide par le vagin est toujours aussi abondant et aussi fétide ; la température se maintient élevée le soir ; le matin elle s'abaisse considérablement.

On prescrit successivement, à l'intérieur, du chloral, du sulfate de quinine, et en même temps de la glace, du champagne et des toniques. — A l'extérieur, outre les lavages du vagin, injections de morphine et, pendant trois jours, frictions du ventre avec de l'onguent belladonné. Pendant une huitaine

de jours après l'opération, la malade a de fréquents vomissements; mais ce ne sont pas les vomissements verdâtres de la péritonite, et, grâce à la potion de Rivière, ils cessent peu à peu.

22 octobre. — L'état général de la malade était déjà bien amélioré; grâce aux lavages avec la solution de choral, le liquide qui s'écoulait du vagin était déjà moins abondant et sentait moins mauvais, mais la température du soir était encore assez élevée (39° à 39°,8); le 22 octobre, on s'aperçut qu'une nouvelle portion de tumeur avait franchi le col; le même jour, sans qu'il soit nécessaire d'endormir la malade, M. Weiss enlève cette portion qui était complètement mortifiée; on arrive cependant sur une portion de tumeur encore vivante, car il se produisit un léger écoulement de sang. On continua les mêmes lavages avec une solution de choral 1/100; mais cette fois les lavages ne sont plus faits que toutes les trois heures, dans le vagin et dans l'utérus. A partir de ce moment, l'écoulement devient moins abondant.

Un mois après la première opération, on constate que le volume du ventre a diminué de moitié. L'état général est bon, et le transport de la malade de l'hôpital Saint-Léon, à l'hôpital des cliniques, n'a provoqué aucun changement; le soir, il y a toujours une élévation notable de la température (38°,4 à 39°,2), qui s'abaisse peu à peu (37°,2 à 38°).

7 novembre. — La malade a ses règles. Les dernières avaient apparu un mois auparavant, au moment où la tumeur sortait de l'utérus. Elles ne sont pas douloureuses, si ce n'est dans les deux ou trois premières heures; elles sont peu abondantes. Pendant leur durée, on cesse les injections vaginales.

Le 9 novembre, la malade croyant être débarrassée de ses règles, on recommença, dans la matinée, les injections dans le cul de sac postérieur du vagin.

Les règles revinrent aussitôt et furent très abondantes pendant la journée ; de plus, la malade fut prise de maux de ventre très violents avec perte d'appétit, et le soir la température atteint 40°,2. Injection de morphine.

Le lendemain matin, la température a baissé notablement; elle est retombée à 37°,5, et la malade dit que cette fois ses règles ont disparu. Dans la journée, on ne fit qu'une injection vaginale ; la malade se trouva bien. On lui prescrivit un lavement de sulfate de quinine (0,80); ce lavement n'est gardé qu'une heure, néanmoins la fièvre tombe.

11 novembre. — L'état général de la malade est satisfaisant; dans la matinée on fait une injection encore suivie d'un écoulement de sang, qui fut peu abondant et ne provoqua aucune douleur. La malade ne pouvant pas dire exactement le jour où devraient cesser ses règles, on ne recommencera les injections que le 14 novembre.

A partir de ce moment, on ne constate rien de particulier; l'état général est satisfaisant ; la malade quitte l'hôpital vers le milieu du mois de décembre.

Au moment de son départ, on constate que la lèvre postérieure du col est encore assez grosse, épaisse de trois travers de doigt, mamelonnée et indurée ; la lèvre antérieure est revenue sur elle-même, l'orifice du col utérin est reformé. Le ventre est presque revenu à la normale ; on sent cependant encore l'utérus au-dessus du pubis. Bref, il persiste encore des signes d'hypertrophie utérine ; mais, comme cette femme approche de la ménopause, tout fait espérer une guérison définitive et radicale.

Voilà un cas où nous pouvons croire à une gangrène spontanée. Jamais il n'y avait eu de tentative opératoire, et cette femme nous arrive le 4 octobre, avec une tumeur gangrénée

sans aucune calcification préalable. Elle avait franchi le col et restait dans le vagin exposée aux causes de sphacèle que nous avons énumérées ; ici la compression était très-forte, car le volume de la tumeur était considérable ; elle était serrée contre les parois vaginales au point qu'elle n'a laissé s'écouler aucune partie du pus à odeur infecte, contenu dans le cul de sac postérieur. Nous avons vu, dans le chapitre de l'étiologie, que nous pensons qu'il a pu y avoir là une hémorrhagie ; le sang retenu dans le cul de sac postérieur, a pu causer la gangrène ; ajoutons à cette cause la compression qui, chez une femme n'ayant pas encore eu d'enfants, est probablement plus forte que chez une femme ayant accouché, à cause de la plus grande rigidité des parois du vagin. La constriction de la tumeur entre les lèvres du col n'est pas sans avoir eu aussi une action énergique sur son sphacèle.

Outre cette gangrène, cette femme avait des symptômes nettement accusés d'un début d'infection purulente. Le lendemain de son arrivée, M. Weiss enlève avec des *ciseaux* la portion de tumeur sphacélée, puis il fait laver toutes les deux heures avec une solution de choral 1/100 le cul de sac postérieur, duquel s'était écoulé le pus, et autant que possible l'utérus. Quelques jours après, il détache très facilement une autre portion de tumeur gangrénée et fait continuer les lavages. On voit, dans notre observation, les bons résultats qu'on a retirés de cette méthode applicable à toutes les grosses tumeurs à large pédicule ou non pédiculées, qu'il est par conséquent difficile, sinon impossible, d'extirper en totalité. Ces bons résultats se sont continués, et nous savons par une lettre que nous avons reçue de notre malade qu'elle continue à jouir d'une santé parfaite.

Que l'on consulte à ce propos une observation tirée du service de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, en mars 1874.

On la trouvera dans la thèse du docteur Balade (1). Il s'agit d'un prétendu cancer utérin; l'odeur fétide existait depuis un mois, à l'entrée à l'hôpital; on pose le diagnostic de fibromyôme gangréné. On donne de l'ergotine pendant 3 jours (1 gr.). La femme accouche de sa tumeur. On enlève la partie pendante à la vulve. Le jour de l'opération, on enlève deux ou trois morceaux sphacelés avec facilité; quant à la partie encore saine, M. Richet la saisit avec une pince de Museux, la fait tourner deux ou trois fois pour tâcher de faire céder le pédicule, et extrait cette tumeur par la torsion. On fait ensuite une injection d'eau froide. Les lèvres du col se ferment, et il ne s'écoule plus une goutte de liquide jusqu'au lendemain. Alors M. Richet entr'ouvre le col avec le doigt, et fait une injection d'eau chaude, après laquelle un écoulement de liquides brunâtres à odeur infecte se produit. On ne fait pas d'injection antiseptique. — La malade succombe à une métrite-péritonite et à une infection purulente.

Observation II.

Service de M. le docteur SCHWARTZ, Maison municipale de Santé de Paris.

Madame L. A., âgée de 48 ans, entre, le 27 août 1883, à la Maison municipale de Santé pour se faire débarrasser d'une tumeur gangrénée qui lui pend depuis 23 jours hors du vagin entre les cuisses

Le ventre avait grossi depuis quelques années; la femme perdait beaucoup au moment de ses règles et entre les époques cataméniales. La tumeur se présentait sous forme d'une masse gris noirâtre, multilobée, de la grosseur d'un gros poing, répandant une horrible odeur, se prolongeant dans le vagin par une masse qui remplit et distend ce canal et lais-

(1) Loc. cit.

sant écouler un ichor fétide. La palpation du ventre nous fait sentir l'utérus très-volumineux, bombé, remontant jusqu'à l'ombilic. L'expulsion de la tumeur avait été provoquée par de véritables douleurs, semblables à celles d'un accouchement et qui durent encore ; elles ont débuté il y a 3 à 4 jours.

L'état général est profondément atteint ; la femme est anémiée au plus haut degré, présente une cachexie très-avancée, marquée par une teinte jaunâtre et un amaigrissement rapide. A son entrée, nous ne constatons qu'un peu de fièvre ; 38° le soir à peu près, quoique le pouls soit rapide et petit.

Le diagnostic s'impose : il s'agit d'une masse fibreuse expulsée par l'utérus et sphacélée en grande partie. Il est confirmé par le toucher vaginal rectal ; et le doigt a beaucoup de peine à passer entre les parois et le contenu, et il est absolument impossible de sentir le col de l'utérus.

27 août. — Pour me faire du jour, j'enlève immédiatement, après de grands lavages désinfectants à la solution boriquée 1/50, à l'aide des ciseaux et de la chaîne d'écraseur, tout ce que je puis atteindre ; je pénètre dans le vagin ; malgré cela, il est impossible de sentir le col utérin.

28 août. — Le lendemain, on retrouve une nouvelle masse, aussi volumineuse que la première entre les cuisses de la malade ; on l'enlève aussi loin qu'on le peut, avec la chaîne d'écraseur, sans pouvoir encore atteindre le col ou l'insertion du pédicule.

Le vagin est désinfecté, depuis l'entrée de la malade, par des injections boriquées 1/50, alternant avec des injections d'une solution 1/1000 de permanganate de potasse.

On donne du sulfate de quinine à l'intérieur, 1 gramme par jour.

1^{er} septembre. — Le premier septembre, j'entreprends d'enlever toute la masse qui reste encore. La tumeur abdo-

minale bien moins volumineuse qu'au début étant fortement déprimée par un aide, j'engage la chaîne de l'écraseur le plus haut possible ; j'arrive jusqu'au niveau du col, et j'enlève encore une bonne portion de tumeur, grosse comme une tête de fœtus. Cela ne s'est pas passé sans un certain tiraillement de l'utérus.

Les jours suivants, phénomènes de cystite devenue rapidement purulente, élévation de la température (39° à 40° le soir), frissons, dépression.

3 septembre. — J'enlève, le 3 septembre, une dernière portion de polype qui proémine dans le vagin ; lavage de la cavité utérine et du vagin comme ci-dessus.

Malgré tout, l'état septicémique ne fait qu'empirer et la malade meurt le 9 septembre.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée 2 jours après, nous a montré une périmétrite suppurée et une cystite purulente. L'utérus, triplé de volume, est entouré de pus concret : quand on l'ouvre, on découvre l'insertion d'un polype implanté au fond de l'organe par un pédicule large comme une pièce de deux francs. La cavité utérine, très profonde, est en partie remplie par ce reste de fibrôme dont l'extrémité inférieure est sphacélée. Les divers fragments de la tumeur enlevée pèsent ensemble environ 4 kilog. 500 grammes.

Dans cette deuxième observation, on a eu affaire à une tumeur exceptionnellement volumineuse. Nous ne connaissons que peu de chose des antécédents de cette femme, de sorte que les causes ayant provoqué ce sphacèle sont difficiles à établir ; il est probable que ce sphacèle sera arrivé après l'expulsion de la tumeur hors de l'utérus, dans la partie engagée dans le col, où, comme nous l'avons montré, une grande gêne

de circulation, une ulcération possible en cet endroit suffisent pour amener la gangrène. Comme précédemment, la compression exercée par les organes voisins aura eu une action certaine. Que l'on remarque d'une manière toute spéciale que cette femme n'est venue demander le secours de M. Schwartz que déjà infectée, et cela d'une manière tout-à-fait sérieuse ; il y avait au moment de l'opération une septicémie déjà avancée, qui devait enlever la malade. Il n'y avait ici aucune possibilité de pratiquer l'ablation totale ; cela résultait de l'insertion du pédicule sur le fond d'un utérus trois fois long comme l'utérus normal, surtout au début, lorsque l'action eût pu être efficace. Le fond de l'utérus, c'est-à-dire le point d'insertion du polype, se trouvait au niveau de l'ombilic ; ce que l'on a reconnu par la palpation. Il ne restait de possible que le morcellement des parties expulsées de la tumeur ; c'est ce qu'on a fait, mais sans heureux résultat, à cause de l'infection purulente préexistante et déjà bien avancée. Ici les lavages désinfectants *du vagin et de l'utérus* ont été faits très largement.

A cette observation inédite, on peut comparer celle communiquée par M. Labat, interne des hôpitaux, à la Société anatomique, en novembre 1879 (1).

Il s'agit d'une malade du service de M. le professeur Le Dentu, chez laquelle sortait par le col une masse molle, volumineuse, à odeur gangréneuse infecte ; elle ressemblait à un placenta vieux et macéré, se prolongeait profondément dans la cavité utérine. On en réséqua le plus possible, à trois reprises différentes ; après chaque résection, il se présentait une nou-

(1) Loc. cit.

velle portion de tumeur à la vulve. La malade succomba en peu de jours ; et l'on trouva, à l'autopsie, la fosse iliaque droite remplie de pus, les anses du tube digestif agglutinées par des fausses membranes ; tous les organes intra-pelviens baignaient dans un pus de couleur jaune ; l'utérus était au milieu, recouvert de tractus d'un blanc jaunâtre qui, à gauche, se reliaient avec le paquet intestinal. Au niveau du point où la trompe droite pénètre dans le tissu utérin, il y avait un abcès du volume d'une noix, creusé dans la paroi de la matrice, et ouvert dans le péritoine ; cette trompe droite était remplie de pus.

Dans ce cas aussi, les accidents devaient déjà être anciens au moment où la malade est entrée à l'hôpital, et, par conséquent, l'action du traitement, bien faible.

Voici les conclusions que l'auteur tire de son observation :

1° La large implantation de la tumeur rendait une énucléation rapide impossible.

2° L'élimination lente de la masse morbide par un travail de gangrène, avait amené une grande abondance de produits septiques dans l'utérus.

3° Il est possible de conjurer les accidents dans des cas analogues, en *attaquant directement le foyer gangréneux par des injections utérines antiseptiques*.

On pourra se reporter aussi à l'observation publiée par M. Martin, interne des hôpitaux ; il s'agissait d'une malade du service de M. Gosselin (1).

Nous arrivons maintenant à l'observation que nous devons à M. le professeur Herrgott.

(1) Bulletin de la Société anat., 1863, page 182.

Observation III

(De M. le Professeur HERRGOTT.)

Madame X..., âgée de 55 ans, a remarqué que, depuis quelques années, le ventre, qui était devenu gros, prenait une consistance plus considérable ; depuis quelques semaines, elle éprouve des douleurs dans les reins, qui augmentent de fréquence et d'intensité.

Appelé auprès d'elle, dans le courant d'octobre 1883, je constate l'état décrit ci-dessus et trouve que c'est la matrice qui est le siège de la tuméfaction, que le col est très raccourci et prêt à s'ouvrir ; qu'il se fait un léger écoulement séro-sanguinolent, un peu fétide, par les parties génitales.

Le diagnostic est celui-ci : tumeur fibreuse de l'utérus en train de se frayer le passage par les voies naturelles ; je prescris des injections sous-cutanées de solution de seigle ergoté, des injections vaginales désinfectantes.

Au bout de trois semaines, je suis prévenu que les douleurs qui ont pris une intensité plus grande, font croire à la malade que quelque chose tend à sortir de la matrice.

A mon arrivée, je constate que la malade ne s'était pas trompée ; je trouve dans le vagin un corps fibreux du volume du poing, tenant à la matrice par un pédicule du diamètre de trois à quatre centimètres d'épaisseur ; il s'écoule du vagin un liquide sanieux assez abondant.

L'état général de la malade n'est pas satisfaisant ; outre les douleurs dont il est parlé ci-dessus, elle éprouve une grande faiblesse, de l'inappétence et un mouvement fébrile ; elle demande avec instance que l'opération, dont on lui avait parlé pour la débarrasser de cette tumeur, soit remise un peu, afin

qu'elle prenne quelques forces pour la mieux supporter.

On fait, pendant quelques jours, des injections vaginales phéniquées abondantes, répétées souvent ; on lui donne une nourriture aussi réconfortante que le permet l'appétit peu considérable de la malade, du vin généreux, etc. ; et au bout de quatre jours, on procède à l'ablation de la tumeur par l'écraseur.

Peu d'efforts sont nécessaires pour sectionner le pédicule, dont la substance paraît peu consistante. La moitié de la main introduite dans le vagin, amène la tumeur par morceaux parfaitement détachée ; elle avait perdu sa consistance habituelle, et se présentait sous la forme d'un tissu de fibres grumelées, répandant une odeur de putréfaction très-fétide. On fait un lavage vaginal désinfectant ; et on constate que le col n'a plus qu'une ouverture petite, qui laisse passer l'extrémité de l'index qui trouve dans la matrice le pédicule profondément rétracté dans la cavité du col.

La malade, heureuse d'être débarrassée de sa tumeur, n'a pas d'écoulement sanguin ; un peu de sérosité rouge, toujours fétide, s'écoule par les parties génitales.

Les injections désinfectantes sont continuées avec régularité, mais la malade ne recouvre ni forces, ni appétit ; elle n'éprouve aucune douleur dans le bas-ventre ; elle conserve une fréquence considérable du pouls, qui augmente chaque jour. Elle succombe, au bout de dix jours, aux accidents de septicémie. L'autopsie n'a pu être faite. Le fibrôme extrait présentait les caractères de ce tissu ramolli et devenu friable. Un fragment avait été préparé pour un examen histologique, mais il n'a pu être retrouvé.

NOTE COMPLÉMENTAIRE

Au moment de mettre sous presse, nous trouvons dans le numéro du 5 février 1884 de la *Gazette des hôpitaux* les conclusions de la thèse tout récemment soutenue à Paris par M. le docteur J. Marry, sur *l'Action antiseptique du sulfate de cuivre en obstétrique* (1).

Nous les reproduisons textuellement :

Conclusions. — Dans le cas où une raison quelconque milite contre l'emploi du sublimé, le sulfate de cuivre peut être considéré comme l'antiseptique le plus puissant dont on puisse se servir avec une sécurité absolue.

La solution de ce sel au centième agit avec une énergie suffisante.

Outre son pouvoir antiseptique plus considérable, elle doit être préférée aux solutions d'acide phénique, parce qu'elle ne détermine pas l'irritation des plaies et les sensations de brûlure que produisent ces dernières, lorsqu'on les emploie à un titre élevé qui réalise seul l'antiseptie absolue.

Elle doit être encore préférée, parce qu'elle a le privilège d'être inodore par elle-même, d'enlever toute fétidité aux lochies, et, par suite, de faire disparaître la mauvaise odeur des salles.

L'injection intra-utérine présente une innocuité absolue.

Son action comme coagulant pourrait être utilisée dans les cas d'hémorrhagie utérine.

(1) Thèse de Paris, 1884, n° 23.

L'emploi du sulfate de cuivre, comme topique, ne détermine aucun accident d'intoxication.

L'emploi à l'intérieur doit être réservé pour le moment.

Les quelques données que nous possédons nous autorisent à affirmer que le sulfate de cuivre constitue un topique de première qualité, dont la chirurgie peut obtenir les meilleurs effets dans le traitement et la préservation des plaies.



CONCLUSIONS

1° Le sphacèle d'un fibro-myôme peut se produire spontanément ou être provoqué par le chirurgien.

2° Le sphacèle spontané est ordinairement peu grave.

3° Quand il a été provoqué par l'intervention du chirurgien, soit en vue du diagnostic, soit dans une tentative opératoire (extirpation partielle), il est d'une gravité très-grande.

4° Le meilleur moyen pour combattre ce sphacèle et la septicémie qui l'accompagne souvent, consiste dans le morcellement de la partie de tumeur gangrénée et dans des injections vaginales et utérines très fréquentes à l'aide d'un liquide antiseptique (chloral ou sublimé).

Vu :

Le Président de la thèse,

Nancy, le 2 février 1884.

HERRGOTT

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 2 février 1884.

Le Recteur,

M. MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS	1
CHAPITRE I. — Historique	3
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	10
CHAPITRE III. — Etiologie	12
CHAPITRE IV. — Symptômes et diagnostic	19
CHAPITRE V. — Marche et terminaison	22
CHAPITRE VI. — Pronostic	26
CHAPITRE VII. — Traitement	28
CHAPITRE VIII. — Observations	33
CONCLUSIONS	47



QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Antimoine et ses composés. — Recherches toxicologiques.
- 2° PHYSIQUE. — Poids spécifique des liquides. — Sa détermination.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Type des vers. — Leurs principaux groupes.
- 4° ANATOMIE. — Disposition des fibres musculaires de l'intestin.
- 5° HISTOLOGIE. — Tissu dentaire.
- 6° PHYSIOLOGIE. — De la mort.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Du polype des fosses nasales.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — De la glycosurie.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Du rétrécissement de l'œsophage.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — De la médication antizymotique.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Dilatation du canal de l'urèthre.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — De la fièvre de lait.
- 13° HYGIÈNE. — Effets de la gymnastique chez les enfants rachitiques.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — Des certificats : division, règles, forme et rédaction.

